

Aus der II. Medizinischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel

Der Wandel der klinischen Diagnosen im 19. Jahrhundert

dargestellt an dem Diagnosenmaterial des früheren
„Allgemeinen Krankenhauses“ in München

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Marieluise Olek

aus

Ulm/Donau

München 1961

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Professor Dr. Dr. G. Bodechtel, Dekan: Professor Dr. Dr. H. Eyer,

Tag der mündlichen Prüfung: 25. Juli 1961

Druck: Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 4

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet



Für die Möglichkeit zur Durchführung dieser Arbeit an der II. Medizinischen Klinik der Universität München möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel meinen ergebensten Dank aussprechen.

Besonderen Dank Herrn Dr. K. Munk für die Überlassung des Themas und die stets bereitwillig gewährte Hilfe und die freundlichen Ratschläge.

Herrn Prof. Dr. W. Leibbrand möchte ich an dieser Stelle sehr herzlich für die jederzeit gewährte Unterstützung danken.



Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Einleitung und Problemstellung	7
B. Das Krankenhauswesen in München zu Beginn des 19. Jahrhunderts	8
C. Material und Methodik	10
D. Ergebnisse und Diskussion	14
1. Art und Zusammensetzung der Diagnosen . . .	14
2. Beispiele für den allgemeinen Wandel der Diagnosen	16
3. Beispiele für den Wechsel einer Diagnosebezeich- nung für die gleiche Krankheit während des 19. Jahrhunderts	18
4. Verzögerung zwischen neuer medizinischer Er- kenntnis und praktischer Verwertung	19
5. Einfluß der medizinischen Lehrer	19
6. Allgemeine Situation	20
E. Zusammenfassung	21
F. Literaturverzeichnis	22
G. Lebenslauf	23



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Einleitung und Problemstellung

Die medizinische Wissenschaft befand sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts ganz in der naturphilosophischen romantischen Gedankenwelt. Ein gewaltiger Wandel sollte im Laufe dieses Jahrhunderts eintreten und der Medizin die naturwissenschaftliche Grundlage geben, die noch heute die allgemeingültige Betrachtungsweise darstellt.

In der vorliegenden Arbeit haben wir uns die Aufgabe gestellt, diesen Wandel der Medizin in den ersten Jahrzehnten des Jahrhunderts zu verfolgen und unter dem Gesichtspunkt der Auswirkung auf die klinische Praxis und Diagnostik am Beispiel des Krankengutes des früheren „Allgemeinen Münchner Krankenhauses“ darzustellen. Die Anregung hierzu gaben uns Aufzeichnungen über alle Patienten, die seit 1813 im „Allgemeinen Münchner Krankenhaus“ — das später das „Krankenhaus links der Isar“ wurde und in dem sich heute die Medizinischen Universitätskliniken befinden — aufgenommen worden waren. Wir unternahmen den Versuch, einen Teil dieser Aufzeichnungen zu registrieren und an Hand dieses Materials die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft des 19. Jahrhunderts im Spiegel der klinischen Diagnosen zu betrachten. In dieser Arbeit sollen einige treffende Beispiele aus dem Material herausgegriffen und die Fragestellung an Hand des Diagnosenmaterials erörtert und beantwortet werden.

Schon von jeher hatten philosophische Zeitströmungen und Auseinandersetzungen großen Einfluß auf die geistige Richtung der medizinischen Wissenschaft ausgeübt. Das 18. Jahrhundert stand unter dem Leitspruch: „Habe nur Mut, Dich Deines Verstandes zu bedienen“ (Horaz). Immanuel Kant war der klassische Vertreter für die philosophische Welt dieses Jahrhunderts, und sein Einfluß auf alle Gebiete der gesamten Wissenschaften war groß und wurde letztlich führend für viele Jahrzehnte.

In Deutschland beherrschen zu Beginn des 19. Jahrhunderts vor allem Theorien, Dogmen und Doktrinen das Feld der Medizin. Die induktive Erfahrung und exakte Beobachtung des Arztes und Wissenschaftlers wurde noch nicht viel gewertet. Das geistige Durchdenken und Erfassen der Natur schätzte man dagegen um so höher, ganz im Sinne von Faust: „... und was sie (die Natur) deinem Geist nicht offenbaren mag, gewinnst du ihr nicht ab mit Hebeln und mit Schrauben“ (zit. nach Fritz Munk, [8] 1956).

Allmählich drangen dann aber auch in Deutschland andere Stimmen durch. In Italien hatte schon Morgagni 1761 mit seiner Schrift „De sedibus morborum“ als erster auf den anatomischen Sitz der Krankheiten aufmerksam gemacht. Dieser Gedanke wurde von verschiedenen französischen Wissenschaftlern — Ricord, Laennec, Dupuytren — später wieder aufgenommen, bis schließlich 1855 der bedeutendste geistige Führer der Medizin des 19. Jahrhunderts in Deutschland, Rudolf Virchow, den berühmten und grundlegenden Satz aussprach: „Omnis cellula e cellula.“ Virchow kam zu dieser Erkenntnis als ein Schüler von Johannes von Müller, der in Deutschland am Beginn der naturwissenschaftlichen Epoche der Medizin stand. Er war der erste, der mit seinen wissenschaftlichen Arbeitsmethoden die subjektiv-physiologisch-philosophische Periode in die objektiv-physiologisch-anatomische Wissenschaft hinüberführte (zit. nach Du Bois Reymond [4]) und dieses Erbe zahlreichen bedeutenden Schülern vermachte. Dadurch erweiterte sich der Erfolg seines Wirkens noch besonders, denn mehrere seiner Schüler wurden wiederum später die Begründer ihrer eigenen

heute selbständigen Arbeitsgebiete. Es soll hier nur Rudolf Virchow als Gründer der pathologischen Anatomie, Emil Du Bois Reymond als der Begründer der Physiologie und Helmholtz als Gründer der modernen Physik genannt sein.

Allerdings standen den von diesen Männern gewonnenen naturwissenschaftlichen Erkenntnissen in der praktischen Medizin Deutschlands noch lange die naturphilosophischen Theorien gegenüber. Ein großer Teil der Ärzte war Anhänger der Brownschen Erregungstheorie, die vor allem noch von dem Landshuter Medizinprofessor Röschlaub verfochten wurde, oder hing dem Magnetismus und Mesmerismus an.

B. Das Krankenhauswesen in München zu Beginn des 19. Jahrhunderts

Da die Abhandlung sich in erster Linie mit den medizinischen Verhältnissen in München befaßt und das Material, das wir verwendeten, aus dem ehemals „Allgemeinen Münchner Krankenhaus“ — dem heutigen „Krankenhaus links der Isar“ — stammt, sei ein kurzer Abschnitt über die Krankenhausverhältnisse zu Beginn des 19. Jahrhunderts in München vorausgeschickt (Bauer, von, Annalen [1]).

Zu dieser Zeit zeichnete sich mit der Entwicklung der Medizin die Forderung ab, in zunehmendem Umfang Patienten in Krankenanstalten aufzunehmen, um sie dort entsprechend den gegebenen Möglichkeiten behandeln zu können. Erfreulich war für München, daß dem Gesundheitswesen das rege Interesse der regierenden Fürsten galt. So ebnete ihre Unterstützung viele Wege, die für die Entwicklung der Krankenhäuser sehr förderlich waren. Schließlich wurde im Jahre 1826, auf Veranlassung des Fürsten, die Universität von Landshut nach München verlegt.

Am Ende des 18. Jahrhunderts und zu Beginn des 19. Jahrhunderts besaß München bereits eine beachtliche Zahl von Krankenhäusern, die hier zur Skizzierung der allgemeinen Lage kurz genannt werden.

Das älteste Krankenhaus Münchens war das „Hl.-Geist-Spital“, das eine Gebäranstalt darstellte und bis auf das Jahr 1589 zurückzuführen ist. Angeblich soll es die älteste „Gebärstube“ Deutschlands gewesen sein. Daneben enthielt aber dieses Spital auch noch ein Versorgungshaus für Pfründner, eine „Rauchstube“ für Infektionskranke und eine „Keiche“. Das war eine Unterkunft, die einen mit Brettern verschlagenen Raum darstellte und keine Möglichkeit hatte, daß frische Luft oder Sonne in diesen Verschlag hineinkommen konnte. Sie diente zur Unterbringung von Geisteskranken. Das „Gasteigspital“ war ursprünglich ein Leprosenhhaus und wurde später, als diese Krankheit aufhörte, für chronisch infektiöse Kranke verwendet. Ein „Sondersiechenhaus“ in Schwabing, das von 1430 bis 1829 bestand, nahm Kranke mit „scheußlich unheilbaren Geschwüren“ auf. Nicht fieberhafte unheilbare Kranke wurden in dem „Stadtbruderhaus“ am Kreuz aufgenommen. Als Infektionshaus diente ferner bis 1813 das „Stadtkrankenhaus“ am Anger. Für die Aufnahme der verarmten Kranken gab es das Spital der „Elisabethinerinnen“ und das Spital der „Barmherzigen Brüder“. Die Krankenpflege hatten dort die jeweiligen Orden übernommen. Besonders der Orden der „Barmherzigen Brüder“, der 1540 gegründet worden war, hatte der Spitalpflege damals moderne Methoden gebracht und sich darum viele Verdienste erworben. So führte der Orden ein, daß hier jeder Patient sein eigenes Bett bekam und die Kranken je nach Art ihres Leidens gesondert in einzelnen Abteilungen untergebracht wurden. Damit war schon eine neuartige Krankenhausordnung geschaffen.

Ferner gab es in München noch drei kurfürstliche Krankenanstalten: das Herzogspital, das Josefspital und das Hofkrankenhaus. Im letzteren wurden zuerst Kranke mit den „hitzigen Fiebern“ aufgenommen. Seit 1803 diente es als „Irrenanstalt“, wodurch es die bisherigen „Keichen“ des „Hl.-Geist-Spitals“ ersetzte.

Im Jahre 1809 wurde der Orden der „Barmherzigen Brüder“ aus München abberufen. Die Gründe dafür waren Auflehnung der Bevölkerung über die Art der Betreuung der Kranken, finanzielle Nöte und Auseinandersetzungen innerhalb des Ordens. Leiter des Spitals der „Barmherzigen Brüder“ war Franz X. Häberl. Er erkannte vor allem die Unzulänglichkeiten dieses Krankenhauses und machte den Vorschlag, das alte Spital umzubauen. Häberl fand bei dem Kurfürsten Unterstützung, und man übertrug ihm die Aufgabe, unter Verwendung des alten Gebäudes und gleichzeitiger Errichtung eines neuen Anbaues ein großes, den Erfordernissen Münchens und dem Stand der damaligen Medizin entsprechendes Krankenhaus zu schaffen. Häberl sah darin seine Lebensaufgabe und konnte mit Freude sehen, daß das von ihm erbaute Krankenhaus, das als „Allgemeines Krankenhaus“ 1813 mit seiner Arbeit begann, ein damals für ganz Deutschland vorbildliches Krankenhaus darstellte.

Häberl hatte darin viele neue Gedanken verwirklicht. Er hatte ein eigenes Ventilationssystem zur Belüftung und eine eigene Wasserleitungsanlage entwickelt. Da er bereits die Infektiosität vieler Krankheiten vermutete oder auch kannte, versuchte er sie durch besondere Trennwände innerhalb der großen Krankensäle zu verhüten. Auch hier wurden die Patienten nach ihren Krankheiten eingeteilt. So bekamen 1819 die Krätzigen und die Syphilitischen eine gesonderte Abteilung. Leider mußte es Häberl noch erleben, daß sich trotzdem nicht alle seine neuen Einrichtungen in gewünschter Weise bewährten, und sein Nachfolger Wilhelm übte manche Kritik daran. Er schaffte schließlich auch das von Häberl konstruierte Ventilationssystem wieder ab. Einen sehr wesentlichen Fortschritt für dieses Krankenhaus brachte die Berufung des Ordens der „Barmherzigen Schwestern“ nach München und ihre Übernahme der Krankenpflege in diesem Haus. Bereits Andreas Koch hatte als Direktor des Krankenhauses dem Ministerium diesen Vorschlag unterbreitet und außerdem darauf hingewiesen, daß ein Krankenpflegeinstitut notwendig wäre. Aber schließlich gelang es erst von Ringseis, sich in dieser Sache durchzusetzen und den Orden 1832 endgültig nach München zu bringen. Zugleich kam mit dem Orden als erste Oberin Schwester Ignatia Jorth an das Krankenhaus. Sie besaß ein großes Organisationsvermögen und wirkte dadurch weit über die Grenzen Münchens hinaus, denn das „Allgemeine Krankenhaus“ war durch sie auch in der Krankenpflege mustergültig für Deutschland geworden. Unter die Wirkungszeit von Koch fiel auch die Verlegung der Universität von Landshut nach München. Damit fand eine Verknüpfung der Universitätsklinik mit dieser Anstalt statt. Medizinische Lehre und Wissenschaft war damit in das „Allgemeine Krankenhaus“ eingezogen. In einigen Sälen und Räumen des Hauses wurden Vorlesungen und medizinische Kurse abgehalten.

In den ersten Jahren befanden sich in dem „Allgemeinen Krankenhaus“ noch alle Abteilungen der verschiedenen Richtungen. Schließlich aber wurde eine Erweiterung und Aufteilung notwendig, und im Laufe des Jahrhunderts entstanden um das „Allgemeine Krankenhaus“ herum einzelne, heute noch bestehende Krankenhäuser, die das Klinikviertel der Universität darstellen.

Aus diesem kurzen Abschnitt soll die Bedeutung des „Allgemeinen Krankenhauses“ in der ersten Hälfte des Jahrhunderts für München zu ersehen sein.

Tabelle 1

Krankenhausdirektoren des „Allgemeinen Krankenhauses“

Wirkungszeit	Krankenhausdirektoren
1813—1824	Franz X. Häberl
1824—1827	Andreas Koch
	Ernest v. Grossi
1829—1837	Frd. Karl v. Loe
	Joh. Nep. v. Ringseis
1837—1840	Wilhelm
	Philipp v. Walter
	Louis Stromeier
1841—1850	F. Xaver v. Gietl
1850—1865	F. Horner
1852—1869	Karl v. Pfeufer
1859—1890	J. N. v. Nußbaum
1866—1874	Josef v. Lindwurm
1874—1902	Hugo v. Ziemssen

C. Material und Methodik

Im Gebäude der heutigen medizinischen Kliniken befinden sich noch jetzt alle Hauptbücher des „Allgemeinen Krankenhauses“ München und der später daraus hervorgegangenen und in den Räumen dieses Gebäudes verbliebenen Krankenanstalten. Diese Bücher beginnen mit dem Jahr 1813, dem Gründungsjahr des „Allgemeinen Krankenhauses“ und befinden sich dort in lückenloser Reihenfolge bis zum heutigen Tage.

In diesen Hauptbüchern befinden sich über jeden Patienten, der seit 1813 in diesem Krankenhaus aufgenommen wurde, folgende Angaben: Name — Geburtsdatum — Beruf — Herkunft — Dauer des Aufenthaltes im Krankenhaus — und vor allem die Diagnose.

Im Rahmen dieser Arbeit legten wir in erster Linie auf die Sammlung der Diagnosen besonderen Wert. Zusätzlich planten wir eine möglichst umfangreiche Auswertung aller vorhandenen Angaben, um sie später auch für andere Fragestellungen verwenden zu können. Wir wählten daher zur Erfassung des Materials das Lochkartensystem, als eine rationelle und technisch gut durchführbare Methode zur Auswertung eines derartigen Materials. Wir ließen uns zu diesem Zwecke durch die Firma Hänsel, Schlitz/Hessen eine Lochkarte mit einem besonders hierfür entworfenen Aufdruck anfertigen. Zum besseren Verstehen werden zwei Lochkarten beigelegt, die das eben Gesagte noch einmal durch das Bild verdeutlichen sollen. (Siehe Seite 12 u. 13.) Den Aufdruck teilten wir so ein, daß alle aus den Hauptbüchern von jedem Patienten erhaltbaren Angaben in der Lochkarte aufgenommen werden können. Zugleich ordneten wir das System der Lochkarten in einer Weise an, die eine möglichst vielseitige und übersichtliche Verwendung gestattet.

Zur Bearbeitung der hier gestellten Aufgaben kam es vorwiegend darauf an, aus dem zur Verfügung stehenden Kollektiv des Krankengutes eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erhalten, die sich mit den technischen Gegebenheiten bewältigen ließ.

Für jeden Patienten füllten wir eine Lochkarte aus. Wir wählten als Stichjahr für die Sammlung der Diagnosen jedes 10. Jahr, beginnend mit dem Gründungsjahr 1813. Innerhalb eines solchen Jahres erfaßten wir jeweils die ersten 20 Diagnosen eines jeden Monats. Damit erhielten wir für jedes Stichjahr 240 Diagnosen, d. h. wir registrierten insgesamt 2160 Diagnosen. Der Prozentsatz, den die Stichprobe vom Gesamtkollektiv darstellt, ist in der Tabelle 2 angeführt.

Auf diese Weise wurde die Auswahl der Diagnosen ohne jede willkürliche Auslese getroffen. Das hat zugleich zur Folge, daß Anhäufungen von Diagnosen, die durch Epidemien bedingt oder als Folge organisatorischer Veränderungen im Krankenhaus während der Zwischenjahrgänge auftraten, nicht erfaßt wurden. Es lag aber vielmehr im Interesse der Arbeit, derartige äußerliche Einflüsse zu vermeiden. Es kommt im Rahmen dieser Arbeit nicht darauf an, das Erscheinen oder die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen während des Jahrhunderts zu registrieren, sondern in erster Linie auf die Art und den Wandel der Diagnosenbezeichnungen im Laufe der angegebenen Zeit.

Tabelle 2
Übersicht der Patientenzahl und Prozentsatz der Stichproben
vom Gesamtkollektiv

Jahr	Patientenzahl	Prozentsatz der Stichproben
1813	637	39 ⁰ / ₀
1823	3 591	7 ⁰ / ₀
1833	5 522	4 ⁰ / ₀
1843	5 018	5 ⁰ / ₀
1853	7 485	3 ⁰ / ₀
1863	7 455	3 ⁰ / ₀
1873	8 728	3 ⁰ / ₀
1883	9 131	2 ⁰ / ₀
1893	10 276	2 ⁰ / ₀

No. 1261		Jahrgang 43	
Monat 2		Krankheitstage 32	
München	Alter	♂ ♀	Exitus
☒ ja ☐ nein	46	☒ X	
1 ohne Beruf	5 Hausfrau		
2 Arbeiter	6 Angestellter		
3 Beamter	☒ X Bauer		
4 Handwerker	8 Freie Berufe		
Diagnose F e b r i s n e r v o s a			
Bemerkung			

Randlochkarte A 6/122 MUNK 850/11

Hersteller: Lochkarten-Verk., Schlitz-Hessen

7 4 2 1 7 4 2 1 7 4 2 1 7 4 2 1 7 4 2 1

No.		Jahrgang	
Monat		Krankheitstage	
München	Alter	♂ ♀	Exitus
ja nein			
1 ohne Beruf	5 Hausfrau		
2 Arbeiter	6 Angestellter		
3 Beamter	7 Bauer		
4 Handwerker	8 Freie Berufe		
Diagnose			
Bemerkung			

7 4 2 1 7 4 2 1 7 4 2 1

Krankheitstage
H
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
ja
nein
Monat
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
Jahrgang
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
Z
†

D. Ergebnisse und Diskussion

Aus dem Diagnosenmaterial, welches uns in der berichteten Weise zugänglich war, versuchten wir einen Wandel der Diagnosenbezeichnungen im Laufe der ersten fünfzig Jahre des 19. Jahrhunderts herauszustellen und diesen nach verschiedenen Gesichtspunkten zu diskutieren.

Das 19. Jahrhundert ist in jeder Hinsicht sehr ereignisreich und umwälzend gewesen, so auch besonders für die Medizin. Die naturphilosophische Geisteshaltung kann ihre Position in dem Ringen um das allein-geistige Erfassen der Natur nicht mehr behaupten und dieser Widerstreit zwischen Naturphilosophie und exakter Wissenschaft kommt in den ersten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts stark zur Geltung. Unter diesem Aspekt wurden die Diagnosen besonders beleuchtet:

1. Zusammensetzung und Art der Diagnosen und die Änderung der Diagnosenbezeichnung für eine gleichartige Erkrankung: früher „Febris“, später „Catarrhus“, unter Berücksichtigung der herrschenden Lehre der derzeitigen Schulmedizin.
2. Erkennt man aus der Diagnose von früher, welche uns heute unter gleichem Namen geläufig ist, ein und denselben Krankheitszustand: Hepatitis, und die Verlagerung der Diagnosenbezeichnung vom Symptom zum Organ, z. B.
Febris nervosa — Typhus
Febris pulmonalis — Phthisis pulmonalis
3. Einfluß der allgemeinen medizinischen Lehre auf die Diagnosen dieses Krankenhauses. Verzögerung des Gebrauches der alten Diagnosen trotz moderner wissenschaftlicher Erkenntnis.
4. Einfluß der Münchener ärztlichen Lehrer und Krankenhausdirektoren auf die Diagnosenstellung dieses Hauses.

Zusammensetzung und Art der Diagnosen

An unserem Diagnosenmaterial aus den früheren Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts fällt uns in erster Linie das sehr starke Überwiegen der Diagnose „Febris“ auf. Betrachtet man demgegenüber medizinische Lehrbücher, die den Ärzten dieser Jahrzehnte zur Verfügung standen, so findet man bereits eine reichhaltige Terminologie und vielseitige Beschreibungen von Krankheitszuständen. Mit großer Genauigkeit faßte man damals schon klinische Symptome zusammen und ordnete sie zu Krankheitsbildern. Wenn auch grundsätzliche ätiologische und pathogenetische Kenntnisse fehlten, so ist doch die Trefflichkeit der Symptomschilderung überraschend. Deshalb vermissen wir um so mehr unter unseren Krankheitsbezeichnungen diese Vielfalt der doch schon bekannten Diagnosen. Dabei wäre zu überlegen, ob hierfür allein die Auswahl unserer Stichproben verantwortlich zu machen wäre und dieses einseitige Ergebnis herausgestellt hat, oder ob nicht vielmehr die beobachtete Eintönigkeit der Diagnosen in Wirklichkeit vorhanden gewesen war. Wir möchten das letztere dadurch bestätigen, daß wir in unseren Stichproben der ersten Jahrzehnte bereits allein über 28% Febris-Diagnosen fanden. Dieses Ergebnis ist sicher keine Zufälligkeit, wenn man dazu bedenkt, wie hervorstechend das Ergebnis ist gegenüber der relativ kleinen Auswahl des gesamten Materials. Die Tabelle 3 stellt den prozentualen Anteil der Febris-Diagnosen sehr deutlich heraus.

Tabelle 3
Verteilung der Diagnosen Febris und Catarrhus

Jahr	Febris		Catarrhus	
	Zahl	%	Zahl	%
1813	67	28	4	1,6
1823	21	8	5	2,0
1833	64	26	3	1,4
1843	37	15	24	10,0
1853	9	3	28	11,0
1863	5	2	22	9,0
1873	2	0,8	17	7,0
1883	1	0,4	16	6,0
1893	1	0,4	6	2,0

Für die dominierende Diagnose „Febris“ mag eine Erklärung darin zu finden sein, daß nach der damaligen medizinischen Lehre das „Febris“ gleich „Krankheit“ gesetzt wurde. In der medizinischen Wissenschaft jener Zeit wurden von führenden Männern wie Cullen, Reil, Hufeland, verschiedene Theorien über das „Febris“ beschrieben.

Dieses „Febris“ gleich „Krankheit“ kann sich in verschiedenen Teilen des Körpers abspielen und eine „Irritation der Säfte“ hervorrufen. So sieht Reil im „Febris“ die Krankheit, die auf die verletzte Lebenskraft bezogen werden muß, wobei Krankheit als eine „Abweichung von einem angenommenen (festen) Standpunkt der gesunden Mischung und Organisation gesehen wird“. Das Fieber wird also schlechthin der Krankheitsbegriff. Die Frage nach der Ätiologie war noch nicht aufgeworfen. Es bestand vielmehr ein Fieberstoff, der klinisch bei den verschiedenen Symptomen beobachtet wurde. Dabei versuchte Reil die Krankheitssymptome in gewisser Weise zu trennen und die Verschiedenheit ihrer klinischen Bilder zu ordnen. Er teilte nämlich die Fieber ein in:

Synocha — ein Fieber, welches durch erhöhte Reizbarkeit ohne verletztes Reizwirkungsvermögen entsteht.

Typhus — ein Fieber, dessen Reizbarkeit erhöht, aber das Wirkungsvermögen geschwächt ist, mit einer heftigen Aktion, im Übergang zur Lähmung leicht.

Lähmung — ein Fieber, wo die Reizbarkeit das Wirkungsvermögen, die Vegetation geschwächt, gelähmt, ganz zerstört ist. Die Aktion träge und zuletzt ganz ausbleibt.

Cullen bringt folgende Einteilung der Fieber:
inflammatorische Fieber = Synocha
Nervenfieber = Typhus

Bei ihm findet vor allem der Fieberverlauf eine besondere Beachtung und er teilt die Fieber in

Febris tertiana,
Febris quotiana,
Febris quartana,
Febris continua

ein.

Die Teilsymptome über das Fieber, wie sie Hufeland beschreibt, bedeuten bereits eine fortschrittliche Wendung. Er beobachtet z. B. Veränderungen des Pulsschlages, der Körperwärme, der Schwäche aller freiwilligen Bewegungen usw.

Er erkennt sogar bereits das Symptomatische des Fiebers und sagt: „Man kann das Fieber als die wichtigste und allgemeinste Form der Reaktion betrachten, deren der lebende Körper fähig ist.“

Noch weiter geht schließlich Schönlein, der in Deutschland als erster bei den Krankheitserscheinungen auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen hinweist und im Fieber keine Krankheit mehr, sondern eine reaktive Teilnahme des gesamten Organismus als Antwort auf einen schädigenden Reiz sieht. Diese Meinung beeinflusst die Betrachtung des Krankheitsgeschehens und damit auch die der Diagnosenbezeichnung.

Im Zusammenhang mit dem von uns beschriebenen „Febris“ unter den Diagnosen und den damals bestehenden medizinischen „Fieberlehren“ darf vielleicht ein Punkt nicht übersehen werden, daß mit Sicherheit unter dem Krankengut der damaligen Zeit fieberhafte Infekte jeglicher Ätiologie sehr zahlreich gewesen sein müssen — man bedenke die allgemeinen zivilisatorischen Verhältnisse — und außerdem das Fieber nach der damaligen Kenntnis auch bei solchen Krankheiten als hervorstechendes Symptom erkannt und beschrieben wurde, bei denen wir es heute nur als Begleitsymptom beobachten.

Beispiel des Wechsels der Diagnosen in der ersten Hälfte des Jahrhunderts

Ein besonders auffallender Wandel in den Diagnosenbezeichnungen — beginnend mit dem Jahr 1843 —, den wir in unserem Material fanden, besteht darin, daß die bisherige Diagnose „Febris“ von dieser Zeit an durch die Bezeichnung „Catarrhus“ ersetzt wird. Diesen Wandel gibt die Tabelle 3 wieder. Einen weiteren Anhalt dafür, daß die Diagnose „Febris“ tatsächlich in „Catarrhus“ übergeht, sehen wir darin, daß die gleichen Adjektiva, die dem Febris zugeteilt wurden, ebenso auch dem Catarrhus beigefügt werden. Es gehörte nämlich in der Regel zur Diagnose „Febris“ noch ein Adjektivum, das den Ort und die Art des auffälligsten Symptoms anzeigen sollte. Hufeland schreibt dazu: „... die Unterabteilung oder Ordnung werden durch verschiedene Teile bestimmt, welche beim Fieber vorzüglich leiden ...“ Die gleichartigen Adjektiva finden wir also nun dem „Catarrhus“ zugeordnet, so wie früher dem „Febris“. In der Tabelle 4 soll an einem Beispiel gezeigt werden, daß es sich hier in beiden Fällen um die gleichen Zustandsbilder gehandelt haben muß. Wieweit jedoch aus dem Wechsel von „Febris“ zum „Catarrhus“ bereits ein Beginn einer pathogenetischen Vorstellung, die über das bloße Betrachten der Symptomatik hinausgeht, gesehen werden kann, muß noch dahingestellt bleiben. Zumindest aber hat Schönlein schon den Versuch unternommen, die Erklärungen seiner Krankheitsbezeichnungen dem objektiven pathologischen Befund zu unterstellen.

Tabelle 4

Übergang von Febris gastrica - Catarrhus gastrica, gezeigt durch die Zahl der gefundenen Diagnosen

Jahr	Febris gastrica	Catarrhus gastrica
1813	6	—
1823	3	—
1833	28	—
1843	18	13
1853	1	20
1863	—	18
1873	1	19
1883	1	6
1893	1	5

Es war uns leider nicht möglich, festzustellen, welche medizinischen Lehren oder Schriften für diesen Wechsel des Diagnosenbegriffes verantwortlich zu machen wären. Wir konnten keine „Catarrhus-Lehre“ auffinden in Analogie etwa zur „Fieberlehre“ von Hufeland oder Cullen. Es war lediglich aus den Schriften zu ersehen, daß der „Catarrhus“ als Bezeichnung für solche Erkrankungen verwendet worden zu sein schien, die sich an den Schleimhäuten abspielen. Wir möchten deshalb vermuten, daß man neuerdings jedes Organ als ein mit Schleimhaut umhülltes Organ angesehen hat und darum den „Catarrhus“ als Krankheitsgeschehen nur an solchen Organen zu finden glaubte. Es ist jedoch bemerkenswert, daß der „Catarrhus“ in seiner Symptomatologie schon ganz der Auffassung eines katarrhalischen Bildes unserer heutigen Meinung entsprach. Somit kann man die Vermutung aussprechen, daß der „Catarrhus“ doch bereits als eine Krankheitsgruppe gesehen wurde, deren Ätiologie einen gemeinsamen Ausgangspunkt nahm. Dem Krankheitsbegriff wurde so schon eine gewisse pathogene-tische Vorstellung unterstellt.

Beispiel für den Wechsel der Diagnosen von damals zu heute

Im weiteren gingen wir bei den Krankheitsbezeichnungen der Frage nach, ob die gleichen Namen von Diagnosen, die wir heute für Krankheitsbilder verwenden, bereits damals für den gleichen Krankheitszustand benutzt wurden, und was man zu jener Zeit für Symptome unter diesen Diagnosen zusammenfaßte.

So fanden wir bereits im Jahre 1813 in unserem Material die Diagnose „Hepatitis“. Sucht man in damaligen medizinischen Lehrbüchern (Reil, 1799; Cullen, 1778) nach den Symptomen, die unter dieser Bezeichnung aufgeführt werden, so findet man, daß in erster Linie cholangi-tische Zustandsbilder darunter verstanden wurden. Demgegenüber stellten wir fest, daß die heutige Hepatitis damals noch nicht als parenchymatöse Erkrankung aufgefaßt worden war. Es sei also auch auf derartigen Wechsel und derartige Verlagerung der Symptomatik und Diagnose von früher zu heute hingewiesen. Für die „Nephritis“, die wir 1843 das erste Mal in unseren Krankheitsbezeichnungen fanden, gilt ähnliches. Damals verstand man unter diesem Krankheitsbild vor allem einen pyelitischen Krankheitsprozeß, den man von einer echten Nierenentzündung unterschieden hat. Schönlein erwähnt jedoch,

daß die meisten Ärzte seiner Zeit eine Erkrankung an den Nieren selbst für ausgeschlossen hielten.

Die Tatsache, daß besonders mit der Virchowschen Zellulärpathologie hier der entscheidende Wandel herbeigeführt wurde, ist bekannt und soll im Rahmen dieser Arbeit nicht näher erörtert werden. Es waren aber schon früher gewisse Ansätze da, denn mit der Entwicklung der medizinischen Erkenntnis vor der Zellulärpathologie trat allmählich ein Übergang von der symptomatischen Diagnosenstellung in organbezogene und die Causa berücksichtigende Diagnosen auf. Herausstellen möchten wir hier besonders, daß die allgemeine medizinische Lehre in bestimmten Zeitabschnitten des Jahrhunderts schon viel weiter in ihren Erkenntnissen fortgeschritten war, als es sich in unserem Münchner Diagnosenmaterial widerspiegelt. Dafür ist, wie später noch diskutiert wird, das Wirken von Ringseis am „Allgemeinen Münchner Krankenhaus“ verantwortlich zu machen. Denn man muß berücksichtigen, daß in diesen Jahrzehnten die Organdiagnose in Deutschland durch die Schönleinsche Schule bereits eingeführt worden war, während man in München noch vorwiegend die Symptomdiagnosen anwendete. Schönlein diskutierte ein sogenanntes Organisationsphänomen — wobei das Organisationsphänomen ein Organphänomen darstellt; es wird so erläutert: „es muß die materielle Veränderung in einem Organ einer entsprechenden Erscheinung in der Funktion zur Seite stehen“. Das pathologische Bild mußte ein Funktionsphänomen besitzen. Das bedeutet, daß der pathologische Befund mit dem klinischen Bild übereinstimmen mußte. z. B. die bei der Sektion gefundene verschlossene Gallenblase mußte beim Patienten einen Ikterus hervorgerufen haben.

Beispiel für den Wandel der Diagnosenbezeichnung des 19. Jahrhunderts für das gleiche Krankheitsbild

Wir versuchten in unserem Material den Wandel der symptomatischen Diagnosen zur Organdiagnose zu verfolgen. Als Beispiele für diesen Wechsel möchten wir einmal das „Febris nervosa“ und das „Febris pulmonalis“ anführen. Wir können dabei feststellen, daß das „Febris nervosa“ das Krankheitsbild des „Typhus abdominalis“ darstellt, das von 1853 an nach unserem Material als „Typhus“ bezeichnet wurde, wie aus Tabelle 5 zu ersehen ist. Dieser „Typhus“ entwickelte sich schon sehr früh, trotzdem er erst allmählich als ein geschlossenes Krankheitsbild erfaßt wird.

Tabelle 5
Übergang: Febris nervosa — Typhus

Jahr	Febris nervosa	Typhus
1813	3	—
1823	2	—
1833	5	—
1843	2	12
1853	—	8
1863	—	19
1873	—	6
1883	—	5
1893	—	—

Gietl besaß hierüber bereits recht klare Vorstellungen. Er sprach davon, daß der Typhus von einem spezifischen Gift hervorgerufen werden muß. Er vermutete sogar schon kleinste, dem menschlichen Auge unsichtbare, niederste organische Körper als Ursache der Erkrankung. Es genügte also den Ärzten später nicht mehr zur Diagnose die Feststellung einer besonderen heftigen Reaktion des Körpers, etwa durch das Fieber, sondern man begriff bereits, daß Krankheiten durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden können. An diesem Beispiel ließ sich am besten in der praktischen klinischen Diagnose die Entwicklung von der symptomatischen in die Organdiagnose in dieser Zeit zeigen. Sehr gut läßt sich auch der Übergang von „Febris pulmonalis“ in „Phthisis pulmonalis“ verfolgen. Die Diagnose „Phthisis pulmonalis“ stellt dabei bereits eine organgebundene Diagnose dar. Phthisis war die ganz allgemeine Bezeichnung für das Krankheitsbild der Auszehrung, wobei aber betreffs der Ursache man stets einen Zusammenhang mit einer Phthisis pulmonalis bekundete. Sehr schön zeigt darum dieses Beispiel, wie allein durch genaues Beobachten von den klinischen Symptomen, die hier von der Lunge ausgehen, ein Krankheitsgeschehen zu einer echten Organdiagnose wurde. Die Symptome der Diagnose „Phthisis pulmonalis“ entsprechen mit ihrem Krankheitsbild der später bekannten Krankheitsbezeichnung „Tuberkulosis pulmonalis“, deren Ursache dann durch Robert Koch aufgeklärt wurde.

Verzögerung zwischen neuer medizinischer Erkenntnis und praktischer Verwertung

Ein sehr wesentliches Problem, das in dieser Arbeit untersucht werden sollte, liegt in der Frage, welche zeitliche Verzögerung während des letzten Jahrhunderts zwischen dem Auftreten neuer medizinischer Erkenntnisse und dem Auswerten des neuen Wissens in der Diagnostik eines Krankenhauses, z. B. des „Allgemeinen Münchner Krankenhauses“ bestanden hat. Es muß wiederum auf die bemerkenswerte Tatsache, die wir in unserem Diagnosenmaterial erkennen können, hingewiesen werden, daß noch lange Zeit die Krankheitszustände nur mit symptomatischen Diagnosenbezeichnungen aufgeführt wurden, zu einer Zeit, als bereits ihr Wesen in vielen damals bekannten und verbreiteten medizinischen Büchern genau erkannt und exakt als eigene Krankheitsbilder beschrieben worden waren. Diese Diskrepanz zwischen der allgemeinen medizinischen Kenntnis und der Diagnostik eines Krankenhauses kann möglicherweise zum Teil auf die wissenschaftliche Einstellung und geistige Führung der Direktoren dieses Krankenhauses zurückgeführt werden. Es kann aber auch Ausdruck der Gesamtsituation der Medizin des letzten Jahrhunderts gewesen sein, in dem die klinische Praxis überhaupt nur zögernd den gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnissen folgte und das Neue kaum für die praktische klinische Arbeit auswertete. Außerdem wirkte lange Zeit die Untertänigkeit des medizinischen Geistes gegenüber der führenden philosophischen Meinung einem schnellen Wachsen und Gedeihen der exakten Wissenschaft entgegen.

Einfluß der Lehrer

Die Frage des Einflusses der Direktoren des Münchener Allgemeinen Krankenhauses auf die darin geübte praktische klinische Medizin ist nur schwer zu beantworten, weil nur von wenigen dort wirkenden Lehrern Aufzeichnungen oder eigene wissenschaftliche Arbeiten zur Ver-

fügung stehen. So ist Gietls wissenschaftliche Arbeit über den Typhus bekannt, welche deutlichen Einfluß auf die Diagnostik ausgeübt hatte. Zu seiner Zeit wurde auch immer wieder der Versuch unternommen, die eigentliche Ursache dieser Krankheit zu klären.

Am meisten läßt sich der Einfluß durch von Ringseis auf die praktische klinische Medizin verfolgen. Dieser noch ganz dem philosophischen Geist ergebene Arzt hielt noch viele Jahre an seinen alten Anschauungen fest. So ist durch seine Einstellung noch viel zu lange die monotone Diagnosenbezeichnung „Febris“ weitergeführt worden. Durch seinen vielseitigen Einfluß auf ärztlichem, wie auf politischem Gebiet ist eine deutliche Verzögerung und ein weites Zurückbleiben der medizinischen Kenntnis in München gegenüber anderen Orten entstanden und nicht zu übersehen. Demgegenüber waren bereits von anderer Seite, wie von der Schönleinschen Schule, schon fundamentale neue Erkenntnisse gewonnen und veröffentlicht worden. Auf der anderen Seite wiederum schien Ringseis fortschrittlichen Entwicklungen gegenüber durchaus aufgeschlossen zu sein. Denn während seiner Klinikzeit in München wurden die ersten physikalisch-diagnostischen Kurse abgehalten. Sein Verdienst war es auch, das **Stetoskop** in München eingeführt zu haben. Allerdings konnten wir erstaunlicherweise in unserem Material keinen Hinweis in den Diagnosen feststellen, der die Anwendung dieser damals neuen diagnostischen Methode anzeigt.

Den nachfolgenden Krankenhausdirektoren, von Walter und Stromeyer, gelang es nicht, dem alten Ringseisschen Geist durch eine neue Lehre entgegenzuwirken, wohl deshalb, weil zu ihrer Wirkungszeit Ringseis selbst noch in München lebte. Obgleich beide als hervorragende Wissenschaftler galten und ihr Ruf weit über die Grenzen Bayerns reichte — v. Walter galt für seine Zeit als der Reformator der Chirurgie — konnten sie sich nicht in München durchsetzen. Allein nur die Freundschaft zu Schelling soll v. Walter bewogen haben, in die Münchener Krankenanstalt einzutreten. Sein Ausspruch, „an der Isar gedeiht die Chirurgie nicht“, zeigt, mit welchem Widerwillen v. Walter nach München kam. Relativ bald verließen Stromeyer und v. Walter daher auch aus persönlichen und wissenschaftlichen Gründen München wieder.

Stromeyer war durch seine Spitzfußoperation bekannt geworden. Wegen „der Ersinnung der Schieloperation“ wurde er zusammen mit Dieffenbach 1844 von der Pariser Akademie ausgezeichnet. Stromeyer gefielen die Verhältnisse an den Münchner Krankenanstalten ebensowenig wie v. Walter, doch mußte er der königlichen Berufung Folge leisten und von Erlangen nach München kommen.

Beide Wissenschaftler bewiesen sehr deutlich ihr Interesse für eine Weiterentwicklung der Medizin zu einer echten naturwissenschaftlichen Disziplin. Mag man daraus erkennen, wie schwer es war, die Münchner Medizin zu Zeiten von Ringseis von der naturphilosophischen Lehre zu befreien.

Allgemeine Situation

Es wird also aus diesen letzten Abschnitten deutlich erkennbar, daß in den früheren Jahrzehnten eine erstaunliche Zeitspanne liegt zwischen neueren Entdeckungen und Erkenntnissen und den Auswertungen und Verwendungen in der praktischen Medizin. Das wirkt in unserer Zeit um so erstaunlicher, wenn man berücksichtigt, daß in damaligen Zeiten

die medizinische Literatur und die Veröffentlichungen noch nicht so umfangreich waren wie heute, und dabei doch in einer Stadt wie München zumindest der Ärzteschaft zugänglich gewesen sein müssen.

E. Zusammenfassung

Das Diagnosenmaterial des „Allgemeinen Münchner Krankenhauses“, das seit 1813 noch vollständig vorhanden ist, wurde auf die Frage hin untersucht, welcher Diagnosenwandel in den ersten fünfzig Jahren des 19. Jahrhunderts stattgefunden hatte. Es zeigte sich dabei, daß sich die Diagnosen in der ersten Hälfte des Jahrhunderts in einer bestimmten Richtung geändert hatten. Anfangs war die auffälligste Krankheitsbezeichnung das „Febris“. Sie wechselte, wie aus dem verwendeten Material hervorgeht, um 1843 in die Bezeichnung „Catarrhus“ über.

Die Diagnosenbezeichnungen betrafen in den ersten Jahrzehnten vorwiegend die Symptomatik der Erkrankungen. Einen Übergang der symptomatischen in die organgebundene Diagnose konnte an dem Beispiel „Febris nervosa“ — „Typhus“ gezeigt werden.

Aus der Art der gesammelten Diagnosen war zu erkennen, daß auf der einen Seite ihre Bezeichnung jeweils von der herrschenden Lehre in der Schulmedizin abhängig war. Auf der anderen Seite hatten die klinischen Lehrer entscheidenden Einfluß auf die Diagnosen des Krankenhauses. So zeigte sich vor allem durch das lange Wirken von Ringseis an dem „Allgemeinen Münchner Krankenhaus“, eine Verzögerung in der zeitgenössischen Entwicklung der Krankheitsbezeichnungen.

Es mußte allgemein festgestellt werden, daß im 19. Jahrhundert die Diagnosenbezeichnungen nicht immer dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprachen, d. h. daß sich die neuen Erkenntnisse in der Medizin nur mit Verzögerung in der ärztlichen Praxis niederschlugen.

F. Literaturverzeichnis

1. Bauer, J. von: Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München, Festschrift zum 100jährigen Bestehen des Städt. Krankenhauses links der Isar, 1813—1913, XV, 1909—1910, Verlag Lehmann, München 1913.
2. Consbruch, C. W.: Klinisches Taschenbuch für prakt. Ärzte, Verlag Johann Ambrosius Barth, München 1809.
3. Cullen, W.: Anfangsgründe der prakt. Arzneiwissenschaft, Verlag Caspar Fritsch, Leipzig 1778.
4. Du Bois Reymond, E.: Gedächtnisrede auf Johannes Müller, Verlag von Veit u. Comp. 1887, S. 144.
5. Hufeland, Chr. W.: System der prakt. Heilkunde, Verl. Friedrich Frommann, Jena 1818.
6. Leibbrand, W.: Romantische Medizin, Verl. H. Gouverts Hamburg/Leipzig 1937.
7. Leibbrand, W.: Die spekulative Medizin der Romantik, Verlag Claassen, Hamburg 1956.
8. Munk, F.: Das medizinische Berlin um die Jahrhundertwende, Verl. Urban & Schwarzenberg, München—Berlin 1956.
9. Reil, J. Chr.: Allgemeine Fieberlehre, Verl. Curtsche Buchhandlung, Halle 1799.
10. Schönlein, J. L.: Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie, 3. Auflage, 1837.
11. Virchow, R.: Cellularpathologie, Verl. August Hirschwald, Berlin 1871.
12. Wunderlich, C. A.: Geschichte der Medizin, Verl. Ebner & Seubert, Stuttgart 1859.

G. Lebenslauf

Am 7. 6. 1937 wurde ich als Tochter des Ingenieurs Erich Olek und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Stumpff, in Dessau geboren. Von 1943—1951 besuchte ich die Grundschule und von 1951—1955 die Oberschule Philanthropinum in Dessau.

Mein Medizinstudium begann ich an der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg und setzte es in Göttingen und München fort. Im Frühjahr 1961 beendete ich das Staatsexamen an der Universität München.

